

〈研究ノート〉

精神障害者の社会復帰についての一考察

——家族と結婚に関する若干の調査報告——

野々山 久 也

1. はじめに
2. 調査対象および方法
3. 調査結果
4. 考察
 - 1) 臨床場面での家族なるもの
 - 2) 精神障害者の家族の構成的特性
 - 3) 社会復帰と家族
5. さいごに

1. はじめに

精神障害者を社会的存在として理解し、そして治療し社会復帰をはからんとする場合、かれらの背景にある家族についての問題を考慮せずには有効な治療の効果をあげがたい。このことは日常の臨床場面で精神医学的ソーシャル・ワークに従事する者（PSW）が常に経験するところである。すでに石川らによって論じられているように、このような事実の一つには家族の受け入れ態度という具体的な形で臨床場面に表面化してくる。

精神障害者の背景にある家族についての従来の研究は、大むね次の二つに大別することができるだろう。すなわち、一つは家族を発病にかかわる環境因子として考える立場で、家族を精神障害者を中心とした家族史の力動性（dynamism）のうえでとらえようとするものである。そして他方は治療上、家族が果たす役割や影響にかかわる側面から家族を理解しようとする立場である。しかしこの両者は常に不可分なもので、病因論的研究の成果が他方において家族療法（family therapy）という形で、治療的実践にも影響を与えている事実を見のがすわけにはいかな²⁾いだろう。

われわれは、精神障害者の社会復帰を促進する日常のケースワーク的活動のなかで、いわゆる家族と接する経験を重ねてきた。その日常の実際活動の場でわれわれが接する家族は、精神障害者を中心にして考えると、さまざまな形態、構成、構造、および機能をもっている。一般的には、これらは家族というばくぜんとした曖昧なことばで一括してとらえられているきらいがある。しかし

それは用語としての適切さを欠くものであるといえよう。とくに精神障害者に対する家族の受け入れ態度を問題にする場合、それを単なる愛情や好悪の感情、および倫理感や義務感の水準だけで分析し、処理しようとする試みは、本来異なる構造・機能をもつ対象を家族ということばのもとに同質のものとして処理する論理的危険を犯さないとも限らない。われわれは日常臨床の場で実際さまざまなケースに直面して、家族なるものの取り扱い方に常に不満と疑問を感じてきた。

ちなみに、われわれの臨床活動ではPSWが医師および臨床心理師などと協力して入院時に入院治療中の家族の役割について、また退院時にその後の家庭での注意事項について、すべての患者家族にケース・バイ・ケースのオリエンテーションをつける活動を行なっている。そして患者をめぐる家族内のトラブルについても治療上必要な範囲において家族調整にあたっている。こうした日常臨床を通じて、われわれがいわゆる家族として接する人たちを果たして患者の家族として考えてよいものかどうかという疑問をいただく。従来は、一般に家族を論じる場合、われわれの前に現れる人たちをもってそのまま家族と考え、さらにそれに社会通念的に家族として期待されるイメージを投げかけ、すでに存在しているものとして想定された家族について議論している場合が多かったのではなからうか。

社会学的観点からして、現在では一般的に家族構造は夫婦家族（conjugal family）的構造になり、また形態的にも核家族的形態になる傾向にあるといわれる。このことは精神障害者の家族についても例外ではないだろう。そして親子同胞間の人間関係については、家族生活周期的に問題の家族がどの段階に位置するかによって変化し、それぞれの家族に期待できる役割や機能に相違がみられるのがふつうである。精神障害者を中心にした家族の構造、構成、形態にかかわるこうした観点に立つての調査資料は容易に入手できそうで実は既存の研究のなかにもなかなか見あたらない。問題が身近かなことであるために至極当然のこととして処理されているのかもしれない。

ない。

精神障害者の背景にある家族を社会的側面から分析し、理解しようという目的において、まずその突破口として試みたのが今回の調査である。日常の臨床の場で、社会復帰との関連においてわれわれが家族について特に経験することは、患者とその配偶者間の関係（夫婦関係）が安定していて良好な場合、再発にいたっても入院のルートがスムーズに経過し、家族としての受け入れ態度も良好であるということである。しかしその反面、ひとたびその関係に問題が生ずれば、どの家族よりも受け入れの態度の悪さが表面化し、社会復帰をむずかしくするのである。このような理由において今回は主として精神障害者の家族の問題として「婚姻の問題」を中心にとりあげてみた。

2. 調査対象および方法

調査対象としては、調査施行時の昭和45年6月30日現在、われわれの臨床活動の場である医療法人Y病院（大阪府指定精神病院）に入院中の患者全員が選ばれた。男子入院患者271名、女子入院患者260名の合計531名である。調査対象の在院するこの精神病院の創立が大正2年ということもあって、対象患者の性格として次のような特徴が指摘される。すなわち陳旧化した患者の割合が全体の約二分の一に近い数値を占めているということ、および入院患者の約半数が40才を越える者で占められているということである。そして経済的にめぐまれた患者の割合がひじょうに少なく、入院費用別の内訳は、精神衛生法第29条措置患者と、生活保護法医療保護措置患者と、各種健康保険使用患者とがそれぞれ全体の約三分の一の比率を占めていて、全額実費の入院患者は全く無しである。

調査方法は、医師、PSW、臨床心理師、看護婦らの協力による入院患者全員に対する対個人的面接方法が採用された。さらに確かな情報を得るために主として保護義務者または患者家族による確認が得られた。

なお前述したように対象の性格として40才をすぎた高齢者が多いこともあって、われわれは家族の問題を追究してゆくにあたり結婚適齢期をすぎた患者の家族を中心にして、家族をその最少単位としての核家族の観点においてとらえ、患者がどのような位置・役割にあるかを見ようとした。

3. 調査結果

精神障害者の家族と結婚に関するわれわれのいくつかの調査事項のなかで、今回はとくに社会復帰との関連において問題を集約的にとりあげるために次のように整理

してみた。

表1は、現在男子30才以上、女子26才以上の入院患者全員の未婚・既婚の比率をパーセンテージに表わしたものである。男子女子ともにこのような年齢区分をもって結婚適齢期を区切ることにについては多少の問題がある

〔表1〕 現在、男子30才・女子26才以上の入院患者の婚姻状況（％）

	全 体		精神分裂病患者	
（性別）	♂	♀	♂	♀
未 婚	67.1	43.3	77.6	46.2
既 婚	32.0	55.4	22.4	52.0
不 明	0.9	1.3	0	1.8
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0

うが、便宜上今回は一応この年齢でそれぞれ区切って集計してみることにした。

対象全体のうちで30才以上の男子の実数は181名であり、26才以上の女子は224名である。そのうち精神分裂病患者の男子30才以上のものの実数は137名であり、女子26才以上のものの実数は165名である。表1の「全体」という分類項目では、精神分裂病患者を含む男子30才以上・女子26才以上の入院患者全体の男女別未既婚別の比率が示されており、他方の項目では、男子30才以上・女子26才以上の入院患者のうちの精神分裂病患者のみの男女別未既婚別比率が示されている。

この場合、注意を要することは未婚として分類される者は、正式な結婚にしる内縁にしる、すべて結婚経験を有していない者を意味しているということ、そして既婚として分類される者は、現在結婚している者も過去において結婚経験を有している者も、または結婚によって入籍した者も内縁の者も、とにかく婚姻関係の経験を有している者のすべてを意味しているということである。さらに「不明」として分類される者は、身寄りのない単身者のうちで精神症状が極度に悪いためにいかなる方法においても情報蒐集のできなかった者を意味している。

全体的にみた場合、婚姻率の比較的高いといわれるわが国の一般社会人のそれと照合して、男子女子ともに未婚者の比率のひじょうに高いことが指摘される。それにもまして精神分裂病患者のみの比率では、男子の場合、約80% 弱の者が未婚者ないし結婚経験を有していない者で占められている。女子の場合は男子の場合に比較していくらか既婚者の比率が高いようである。しかしそれでもその比率は約半数が未婚によって占められている。

つぎに低い比率ではあるが、多少とも存在する既婚者または結婚経験者のうちわけに關しての調査結果を提示

してみよう。

表2において「順調」という分類項目が意味していることは、われわれの認める限りにおいて現在配偶者との間にトラブルが具体的に起っていない既婚者群である。他方、「失敗傾向」という分類項目が意味していることは、すでに離婚している者、配偶者に遺棄され配偶者の行先不明の者、現在離婚問題が生じており配偶者との間にトラブルを起こしている者、配偶者との音信なく所在不明の者、および死別により社会復帰を期待している配偶者をもたない者などの既婚者群である。なお再婚を繰

〔表2〕 既 婚 者 の 内 訳 (%)

	♂	♀
順 調	36.5	16.3
失 敗 傾 向	63.5	83.7
総 数	100.0	100.0

りかえしている者については現時点での状況について判断した。

すでに表1で見たように、既婚者の比率はひじょうに低い。その低い比率の既婚者のうちで男子女子ともに順調な結婚生活を維持している者の比率は、さらに低い。殊に女子のみについて見ると、既婚者のうちで失敗傾向に分類される比率は、83.7%である。元来少ない女子の既婚者のうちで約80%強がなんらかの形で結婚生活に失敗している傾向にある。男子の場合は女子の場合に比較していくらかの差異がみられるようである。しかしそれでも順調な家族生活を維持している者の比率は40%にもみえない。これらの数値は精神病罹患者であるという事情が大きな要因となって現われていることは、ここに提示されていない入退院回数および在院期間などに関するわれわれの他の集計でも明らかである。しかしこれらの点については精神障害者であるという事情がもたらす阻害的要因にかかわる詳細な検討が今後さらに追究されなければならないだろう。

4. 考 察

精神障害者は、社会的偏見のために今なお社会的に疎外された存在であるといえよう。婚姻という問題についても病気が長期にわたれば、それだけ結婚によって形成される生殖家族(family of procreation)をもたない患者が多くなることは一般に予想されることである。そうした予想を裏付けるいくらかの結果を今回の調査は示唆している。

精神障害者の社会復帰の問題を前提において今回の調

査結果がいかなることを物語っているかを、日常の臨床の場で経験し感じとっているものと照合しながら以下にいくらかの考察をすすめてみたい。

1) 臨床場面での家族なるもの

いわゆる患者の家族としてわれわれの前に現れる人たちを患者の立場から見た場合、その位置はさまざまである。今回の調査の協同研究者の一人でもある参川らはすでに保護義務者の面会回数の調査において、未婚者についてはその親の生存が面会の有無多小の第一の条件となることを指摘している。すなわち臨床場面⁴⁾で患者の家族としてわれわれの前に現れる人たちは単に患者にとっての位置がそれぞれ異なっているだけではなく、患者に対する役割構造に大きな差異がみられるということである。こうした事実は、臨床場面⁴⁾で患者の家族としてわれわれの前に現れる、患者にとってさまざまな位置にある人たちを単に家族ということばで一括して処理してしまったのでは何らの具体的問題をも把握することにならないことを示唆しているといえよう。

家族の問題をとりあげるにあたっては、問題の家族が形態的に、例えば拡大家族(extended family)か、核家族(nuclear family)かということ、さらに患者にとあって定位家族(family of orientation)か、生殖家族か、同胞家族(family of sibling)かということ⁵⁾、家族生活周期(family life cycle)的にその家族が第何段階に位置しているかということ、等々を明確化する必要があるだろう。なぜなら、それぞれの家族によって患者に対する責任のもち方、理解の仕方、さらに患者の占める家族内の位置・役割が相違するからである。ちなみに、例えば日常の臨床場面での面会という側面からとらえた患者と家族とのつながりにおいても、患者家族の構造的、形態的、構成的な相違によって大きくその差異が生じてくるといえるだろう。

2) 精神障害者の家族の構成的特性

精神障害者にかかわらず、われわれは何らかの社会制度に依拠することによってのみその生活を維持することができる。社会制度はまた人びとがその生活を維持するために展開してきた社会的帰結ないし所産でもある。そうした社会制度は、社会福祉学的観点から人びとの生活の維持と発展のための社会的資源(social resources)と呼ばれる。その意味において社会制度の一つである家族も、病院も、保健所も、精神障害者の社会復帰のためのいわゆる中間施設(half-way house)も患者にとってそれぞれ社会的資源である。

このような社会的資源は、常にその有効性(availability for social work)が問われなければならない。それは

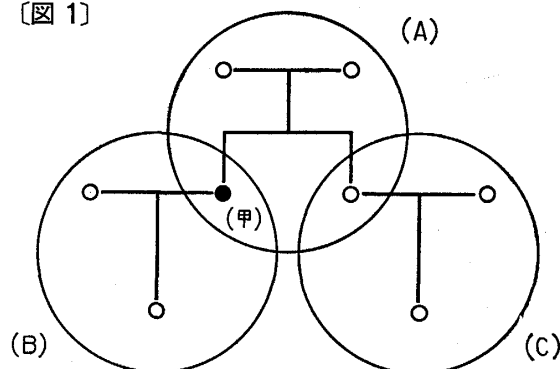
現時点である特定の個人の生活維持にとっていかなる社会的資源がもっとも有効性の度合の高い存在であるかということである。このように有効性を判断する行為は、あらゆる人びとが自己の社会生活上の基本的要求に関連して大なり小なり無意識的・常識的な形にし、日常行なっていることであるが、臨床場面ではそれはクライアントに対して P S W が行なう専門的技術の基礎としての社会的診断 (social diagnosis) の大きな部分を意味しているといえよう。今回の調査結果は、精神障害者全般にとってその家族が社会的資源という点から見て、どの程度の有効性をもつ存在なのかという極めて一般的な社会的診断にかかわるいくつかの示唆を提供しているだろう。

ソーシャル・ワークの一般的方法における社会的資源の有効性分析、すなわち個人の生活の維持発展にとってどの社会的資源が有効かという一般的分析は、次のような枠組または指標によって行なわれる。例えば、資源の側の要求する資格性 (eligibility), 個人にとっての接近可能性 (accessibility), 利益性 (profitability), 資源の有する収容可能性 (capacity) などである。しかし家族のような個々の社会的資源それ自体についての有効性分析の個別的方法、すなわち個人の生活の維持発展にとってその社会的資源がどの程度有効かという個別的分析においては次のような構造・機能的枠組を考えることも可能だろう。すなわち経済性などを含む意味での適応性 (adaptability), 目標の妥当性などを含む意味での社会性 (sociality), 統合性などを含む意味での組織的な安定性 (stability), 成員の潜在的要求充足などを含む意味での情緒性 (affectivity) などの枠組である。ところで、社会的資源の有効性がこのような枠組によって分析される場合はつぎの二点について常に注意する必要があるだろう。それはまず社会的資源が現に存在していること (存在性), さらにその資源の有効性が相対的であって時間的に制限された範囲内の有効性であるということ (時間性) である。このような意味において今回は、精神障害者の家族についてその社会的資源としての個別的有效性の構造・機能的分析に入るまえの家族の構成的側面 (存在性) での考察を行なってみる。

図1は、いうまでもなく家族形態に関する理念型である。重なりあった三つの円はそれぞれ核家族を表わしている。

いま図中の甲を患者として考察すると、患者甲に対して調査結果はつぎのようなことを示唆している。すなわち、表1で知られるように患者甲は、男子であれ女子であれ、未婚者である可能性がひじょうに大である。とくに精神分裂病患者の男子の場合では約 80% 弱が未婚者

〔図 1〕



で占められている。また、たとえ結婚経験があるとしても、すでに表2で知られるように約 50% の既婚率を示す女子のうちで現在順調な結婚生活を保持している者の比率は、わずかに 16.3% にしかすぎない。これらのことは結局、患者甲にとって生殖家族 (図中の家族B) が存在していないか、または存在していても一般的に社会的資源としての有効性を期待することのむずかしい存在であることの多いことを意味しているだろう。

次に患者甲にとって社会的資源として、また退院後、期待して復帰していくべき家族として考えられる家族は甲の定位家族、すなわち図中の家族Aである。この家族Aは、しかしながら患者甲がすでに結婚適齢期を過ぎてしまっているということから理解されるように甲の父親も母親もかなりの高齢者であったり、両親または父母のどちらかがすでに死亡していたり、また一部のめぐまれた人びとを除いては経済的に扶養能力がなかったりという状態にある場合が日常われわれの経験する通例である。すなわち家族生活周期という観点からいって、家族Aはすでに家族内役割構造に世代間の交代がみられ、最終段階にいたっているということである。ひじょうに大胆ない方をすれば、このような状態にある定位家族はもはや患者甲にとって退院後、期待して復帰していくことのできる有効な社会的資源たりうることはむずかしいだろう。

それでは次に考えられる患者甲が退院後、期待して復帰していくべき家族、すなわち同胞夫婦によって形成された同胞家族 (図中の家族C) の社会的資源としての一般的有效性はどの程度のものだろうか。

最近の社会学的調査資料は、一世帯当りの続柄別構成人員についての1920年、1950年、1960年、1964年、の4年次をそれぞれ比較してみた場合、親族構成の変化が表3のように推移していることを示している。1964年では、直系卑属の配偶者の数は他の年次とほとんど差はないが、直系卑属は1960年以前にくらべて大きく減少している。またその他の家族員 (大部分は傍系親族) の大幅な減少も見られる。これらのことはわが国の家族が世帯構

〔表 3〕 一世帯当り続柄別人員（世帯主に対する割合）

年 次 続 柄	1920年	1950年	1960年	1964年
世 帯 主	1.00	1.00	1.00	1.00
世帯主の配偶者	0.80	0.78	0.78	0.79
直系卑族	2.14	2.54	2.21	1.91
直系卑族の配偶者	0.13	0.12	0.14	0.12
直系尊族	0.28	0.25	0.21	0.19
その他の家族員	0.17	0.19	0.11	0.08
使用人・同居人等	—	0.07	0.02	—
総 数	4.52	4.95	4.47	4.09

成において直系以外の親族を排除する傾向を強めつつあることを示唆しているといえるだろう。

さらに厚生省の統計によると、一世帯あたりの構成人員は5年前の1965年ですでに平均4.08人であり、10年後の1980年では平均3.33人という推計が示めされている。これらのことはもちろん親族体系という文脈のなかで核家族が構造的に孤立化する現象を意味している。

精神障害者の社会復帰という当面の課題に論をもどして、このような一般の現象を考えてみると次のようにいえるだろう。まず傍系家族的世帯の割合の減少ということから同胞家族は、たとえ兄弟姉妹のような近親者であろうともそれが直系家族でない限り、すなわち核家族の構成人員以外の他のメンバーであれば夫婦の両親を除いてその同居について拒否的であるということ、また家族構成の少人数化ということから、同胞家族はその子女にまで強い人数拡大制限を望むようになってきているということである。すなわち、もはや同胞家族もまた現代では、患者甲にとって期待して復帰していくべき家族ではなく、一般的に有効な社会的資源として頼りにすることのむずかしい傾向にあるということである。しかし勿論これについては個々の家族の構造・機能的な内容分析をもってはじめて有効性を論じるべきものであって、一般的レベルでのみの議論はひじょうに危険である。

以上の簡単な考察から、われわれは精神障害者の社会的資源としての家族の有効性について一般的に次のように指摘することができるだろう。すなわち結婚適齢期をすぎた患者にとって、定位家族も生殖家族も、さらに同胞家族も社会的資源としての有効性を期待することの困難な構成的特性を呈するような存在になってきているということである。

3) 社会復帰と家族

精神障害者の社会復帰を考えるとき、このような精神障害者をとりまく現実はいわゆる何を期待しているのだろうか。

まず結婚適齢期をすぎた患者の社会復帰を促進する場合、その復帰していく場としての個々の家族についての社会的分析を不可欠とするということであろう。このことは社会的資源の有効性分析であり、社会的診断ということである。かかる分析・診断は精神障害者の社会復帰にたずさわる多くの人びとが、すでに常識的にしる専門的にしる大なり小なり試みてきたことであるにちがいない。が、その分析・診断の結果が精神障害者の社会復帰論にどれだけ活用されてきたといえるだろうか。例えば「病状がすでに安定しているにもかかわらず、退院できない患者」についての従来からの議論に関しても、その有力な理由の一つとして家族の受け入れの態度の悪さがわざわざするといった倫理的・道義的な観点に立っての家族に対する非難にとどまっているように思われる。なぜ受け入れが悪いのか、どの側面で家族は受け入れを拒んでいるのか、かかる家族を背景にもつ患者の社会復帰とはいかなる形のものを考えるべきか、などの諸点について精神障害者を中心にした家族の構造的・形態的・構成的特性の観点に立っての議論が欠けているのではないだろうか。このような点からいって、従来の議論は表面的なものであったという指摘をまぬがれないだろう。

そこで精神障害者の社会復帰をすすめるための、いわゆる「中間施設」の必要性を論じる場合においても、結婚適齢期をすでにすぎた患者の社会復帰についての議論が登場してこなければならないことになるだろう。しかるに、中間施設の機能として現在厚生省を中心にして論じられ、計画されているもののなかで、それが個人にとっての基礎的社会的資源としての家族の機能に代替するものであるなどといった認識はひじょうに乏しいのではないだろうか。¹⁰⁾ M. グリーンブラットの理論に代表されるように、¹¹⁾ 現在論じられているいわゆる中間施設論は「理想的段階的社会復帰論」を前提にしているように思われる。そこで論じられる中間施設は通過していくべき一段階としてしか考えられておらず、場合によっては単なる宿舎くらいにしか考えられていない。日常の臨床の場合において社会復帰を考える場合、結婚適齢期をすでにすぎた患者の背景にある家族の現実が中間施設論にも組み込まれてこなければならないだろう。われわれには、中間施設論が従来のように理想的段階的社会復帰論を前提にした形での議論であっては不十分であるように思われる。精神障害者の社会復帰に関して「精神病院では機能的に限界があるから、いわゆる中間施設を」という議論¹²⁾には、これらの問題の所在を曖昧にする危険があるのでないだろうか。

われわれの主張をもっとほりさげて論ずるのには具体的資料の提示が不十分であるので、ここでは多くを論ず

るつもりはない。ただ結婚適齢期をすでにすぎた患者の背景にある家族の現実を考えると、中間施設は単に「中間的」な存在とするだけではあまりにも理想論的にすぎるのではなからうかということ、および理想的段階的社会復帰論はゲマインシャフトリッヒな関係を機能的に体系化した形での「有機的連带的社会復帰論」によってとって代るべきではなからうかということの二点を指摘しておきたい。これらの点については、さらに別の機会に改めて論ずることにしたい。

5. さ い ご に

精神障害者の婚姻と家族に関する研究課題のうち、今回の報告はその導入口としての序論的な第一報であった。今後、より周到な調査研究ならびに研究報告をわれわれなりに続けていく予定にしている。なお本調査の一部分は、すでに筆者によって日本病院精神医学会第11回大会(徳島市)において報告されている。(1970. 11. 5)

(注)

- 1) 石川誠司ほか「患者に対する家族の受け入れ態度と悪化再発の問題(その1)」、『病院精神医学』第15集, 1966。
- 2) 本調査は、次の6人の臨床チームによって実施された。参川清雄(P SW), 松岡秀樹(P SW), 坂本道子(P SW), 笠原貴子(臨床心理師), 坂本昭三(精神科医), 野々山久也(家族社会学者)。
- 3) 当院は、全国的にみて規模においても伝統においてもA級の精神病院といつてよいだろう。
- 4) 参川清雄ほか「精神病患者と家族との関係——入院患者における面会を中心にして——」、『病院精神医学』第20集, 1967。
- 5) 筆者の新造語であるこの「同胞家族」は、いわゆる傍系家族とは異なり、エゴの同胞夫婦によって形成される核家族をいう。
- 6) 森岡清美編『家族社会学』有斐閣双書, 1967, 29—30頁。
- 7) 森岡清美編, 前掲書, 30頁。
- 8) 日本病院精神医学会の過去の大会報告やシンポジュームの多くはこうした批判の対象であるといっても過言ではない。
- 9) 厚生省公衆衛生局精神衛生課発表「精神障害回復者社会復帰センター設置要綱」参照。このいわゆる中間施設厚生省案は昭和44年6月中央精神衛生審議会社会復帰施設部会から同年7月7日同審議会総会の審議を経て、厚生省より発表されたものである。
- 10) Milton Greenblatt and B.Simon, *Rehabilitation of the mentally ill—social and economic aspects—*, 1959, pp. 13-23.
- 11) 江副勉編『精神障害の発見と管理』医学書院, 1966 121—125頁。
- 12) この議論はいかにも精神障害者の福祉を慎重に考慮した発言に見える。しかし現在の多くの精神病院の状況から判断して、筆者にはこれはむしろ精神障害者の社会復帰の努力に対する精神病院自体の give-up であり、患者を単なる営利のための手段としか見ない人たちの逃口上にしか聞えない。